



# Entgiftungsbehandlung Drogenabhängiger in Bremen

Ergebnisse einer einjährigen  
Patientendokumentation

GBE – Praxisbericht



---

## Impressum

### **Herausgeber:**

Gesundheitsamt Bremen  
Abteilung Gesundheit und Umwelt  
Horner Straße 60-70  
28203 Bremen

### **verantwortlich:**

Dr. Günter Tempel  
(Kommunale Gesundheitsberichterstattung)

Dr. Gerd Möhlenkamp  
Sozialpsychiatrische Abteilung

### **Autor:**

Frank Schmidt (Dipl. Sozialwirt)  
Steuerungsstelle Drogenhilfe

### **Kontakt:**

Frank Schmidt

Gesundheitsamt Bremen  
Steuerungsstelle Drogenhilfe  
Horner Straße 60-70  
28203 Bremen

[Frank.Schmidt@Gesundheitsamt.Bremen.de](mailto:Frank.Schmidt@Gesundheitsamt.Bremen.de)

Auflage: 100

PDF-Version des Berichts unter [www.gesundheitsamt.bremen.de](http://www.gesundheitsamt.bremen.de)

Erscheinungsdatum: August 2009



## Inhalt:

Zusammenfassung:.....	4
1. Einleitung .....	4
2. Entwicklung der Entgiftungsbehandlung in Bremen.....	5
3. Entgiftungsprojekt - Anlass und Zielsetzung .....	6
4. Untersuchungsmethodik .....	7
5. Ergebnisse Aufnahme stelle .....	8
6. Ergebnisse AMEOS Klinikum Dr. Heines.....	10
6.1 Gesamtergebnisse .....	10
6.2 Ergebnisse für ausgewählte Teilgruppen .....	14
6.2.1. Komorbide Patienten (N=218).....	14
6.2.2. Auswertung nach Altersgruppen .....	15
6.2.3. Auswertung nach Behandlungsziel .....	15
6.2.4. Auswertung der Patienten mit bzw. ohne Substitutionsbehandlung .....	16
6.2.5. Auswertung „Drehtür-Patienten“ .....	16
7. Bewertung/ Empfehlungen:.....	18
8. Schlussbemerkung.....	21



## Zusammenfassung:

Obwohl die stationäre Entgiftungsbehandlung für die meisten Drogenabhängigen ein bedeutsames Scharnier zwischen einem Leben in Abhängigkeit und einem drogenfreien Leben ist, hat dieses Segment des Hilfesystems in der wissenschaftlichen Forschung bislang kaum Beachtung gefunden.

Für die Stadt Bremen liegen jetzt die Ergebnisse einer einjährigen Patientendokumentation der Entgiftungsstationen des AMEOS Klinikums Dr. Heines vor. Auftraggeber der Untersuchung ist eine Projektgruppe unter Federführung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, an der Vertreter der Krankenkassen, des Klinikums Dr. Heines, der Drogenhilfeträger und des Gesundheitsamts beteiligt sind. Vorbereitet und ausgewertet wurde die Untersuchung durch das Gesundheitsamt Bremen.

Ausgewertet werden konnten Daten von 527 drogenabhängigen Patienten, die sich zwischen Juli 2007 und Juni 2008 einer Entgiftungsbehandlung im Klinikum Dr. Heines unterzogen haben. Neben der Gesamtauswertung wurden einige Patientengruppen genauer untersucht: Ausstiegsorientierte Patienten, junge Patienten, komorbide Patienten, Patienten in Substitutionsbehandlung und sogenannte „Drehtür“-Patienten, d.h. Patienten mit einer überdurchschnittlich hohen Zahl von Klinikaufenthalten.

Insgesamt liefern die Untersuchungsergebnisse eine Vielzahl von Ansatzpunkten für eine quantitativ und qualitativ bedarfsgerechtere Versorgung Drogenabhängiger.

Wichtigste Maßnahme für die Entgiftungsklinik selbst wäre eine mit einer angemessenen Kapazitätsausweitung verbundene konzeptionelle Differenzierung der Entgiftungsstationen. Die Ergebnisse der Untersuchung legen ein 3-Stationen-Modell (Motivationsstation, Doppel-diagnosestation, Akut-/Aufnahmestation) nahe.

Um nachhaltigere Behandlungserfolge zu erzielen, sind aber auch Verbesserungen bei der Behandlungsvorbereitung und der Behandlungsnachsorge sowie ein engeres Zusammenwirken der einzelnen Segmente des Hilfesystems erforderlich.

## 1. Einleitung

Die Entgiftungs- oder Entzugsbehandlung<sup>1</sup> ist ein zentrales Element im Hilfesystem für Drogenabhängige. In Bremen stehen im AMEOS Klinikum Dr. Heines zwei Stationen mit zusammen 24 Betten für die stationäre Entgiftung Drogenabhängiger zur Verfügung.

Im Jahr 2006 vereinbarten unter Federführung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (SAFGJS) Vertreter der Klinik Dr. Heines, der Bremer Drogenhilfeträger, zweier Bremer Krankenkassen und des Gesundheitsamtes ein zweijähriges Projekt, um nähere Aufschlüsse über die Frage zu erhalten, ob die Entgiftungsbehandlung Drogenabhängiger in Bremen quantitativ und qualitativ bedarfsgerecht ist.

Kernelement des Projekts war eine über ein Jahr (Juli 2007 bis Juni 2008) laufende differenzierte Dokumentation aller auf den Entgiftungsstationen des AMEOS Klinikum Dr. Heines behandelten Patienten.

In diesem Bericht werden die wichtigsten Ergebnisse der Patientendokumentation vorgestellt und interpretiert sowie mögliche Schlussfolgerungen für eine bedarfsgerechtere Versorgung Bremer Drogenabhängiger diskutiert.

---

<sup>1</sup> Die Bezeichnungen „Entgiftung“ und „Entzug“ werden im folgenden Text synonym verwendet.



## 2. Entwicklung der Entgiftungsbehandlung in Bremen

Bereits in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts entstanden im Zuge des Aufbaus eines Hilfesystems für Drogenabhängige die ersten Entgiftungsstationen, zumeist in bestehenden Fachkrankenhäusern für Sucht und/ oder Psychiatrie. In Bremen wurde 1973 im damaligen Krankenhaus Bremen-Ost die erste Entgiftungsstation für Drogenabhängige eingerichtet, die dann im Jahr 1978 in die damalige Suchtklinik Sebaldsbrück verlagert wurde. Im Jahr 2002 wurde die Entgiftung Drogenabhängiger dem AMEOS Klinikum Dr. Heines übertragen.

Bis Ende der 80er Jahre war der Zugang zur Entgiftungsbehandlung nur Drogenabhängigen möglich, die eine Kostenzusage für eine direkt anschließende stationäre Drogenlangzeittherapie (damals in der Regel 18 Monate) vorweisen konnten. Die Entgiftung der zumeist heroinabhängigen Patienten erfolgte in der Regel innerhalb einer Woche als sogenannter „kalter“ Entzug, d.h. ohne medikamentöse Unterstützung.

Die zuvor ausschließlich auf die Erlangung einer dauerhaften Abstinenz ausgerichteten Drogenhilfen wurden Ende der 80er Jahre um niedrigschwellige, suchtbegleitende Hilfen ergänzt, die zunächst primär dem Überleben der Drogenabhängigen dienen sollten. Dies führte auch in der Entgiftungsbehandlung zu einem konzeptionellen Umdenken. Der bis dahin eher hochschwellige Zugang wurde durch das Konzept des „niedrigschwelligen, qualifizierten Drogenentzugs“ abgelöst, das in Bremen Ende der 80er eingeführt wurde und in seinen Grundelementen bis heute praktiziert wird.

Das Konzept besteht im Wesentlichen aus drei Elementen:

- Der „kalte“ Entzug wurde um das Angebot einer medikamentengestützten „warmen“ Entgiftung ergänzt, bei der die Patienten zu Beginn der Behandlung einen Heroinersatzstoff – in der Regel Methadon – erhalten, der dann im Laufe der stationären Behandlung schrittweise abdosiert wird;
- Die Aufnahmevoraussetzung einer anschließenden stationären Langzeittherapie wurde fallengelassen. Aufgenommen werden jetzt auch Drogenabhängige ohne konkrete Abstinenzperspektive nach der Entzugsbehandlung;
- Neu eingeführt wurde der sogenannte „Teilentzug“ für Drogenabhängige, die sich in einer ambulanten Substitutionsbehandlung befinden oder eine Substitutionsbehandlung beginnen wollen. Dabei werden die Patienten einerseits auf eine optimale Dosierung des Ersatzmittels eingestellt, andererseits werden zusätzlich konsumierte Suchtmittel (z.B. Kokain, Alkohol) abgesetzt bzw. entzogen.

Die Umsetzung des neuen Konzepts führte zu einer deutlichen Steigerung der Patientenzahlen. Allein zwischen 1986 und 1989 verdreifachte sich die Zahl der in Bremen durchgeführten Entgiftungsbehandlungen (1986: 140; 1989: 451<sup>2</sup>), weshalb die Kapazität der Entgiftungsstationen im Jahr 1990 zunächst auf 20 Betten und 1992 durch Eröffnung einer weiteren Drogenstation vorübergehend auf 30 Betten erweitert werden musste.

Der starke Anstieg der Nachfrage nach Entgiftungsbehandlungen führte auch im Vorfeld der Entgiftungsbehandlung zu Problemen. Es ergaben sich zum Teil sehr lange Wartezeiten, in denen die Drogenberatungsstellen versuchen mussten, die Motivation der Klienten stabil zu halten und eine möglichst optimale Zugangssteuerung zu gewährleisten.

---

<sup>2</sup> Drogenhilfeplan 1990



Als Reaktion wurde im Jahr 1992 in der Drogenberatungsstelle Mitte die sogenannte „Aufnahmestelle“ eingerichtet. Vorrangige Aufgabe der Aufnahmestelle war eine möglichst bedarfsgerechte, einzelfallorientierte Belegungssteuerung der beiden Entgiftungsstationen. Die organisatorische Besonderheit der Aufnahmestelle bestand darin, dass sie nicht bei der Entgiftungsklinik, sondern bei der (damals städtischen) Drogenberatungsstelle angebunden wurde und die Personalkosten der Aufnahmestelle (1 Mitarbeiterin) über die Pflegesätze der Bremer Drogentherapieeinrichtungen refinanziert wurden.

Im Jahr 2002 übernahm das AMEOS Klinikum Dr. Heines die beiden Drogenentzugsstationen der Suchtklinik Sebaldsbrück mit zusammen 24 Betten. Zum Auftrag der Klinik gehört auch die psychiatrisch stationäre Behandlung von drogenassoziierten Problemen inklusive der Krisenintervention und Unterbringungen nach dem PsychKG<sup>3</sup>.

### 3. Entgiftungsprojekt - Anlass und Zielsetzung

Im Jahr 2005 kündigten die Bremer Drogentherapie Träger (Hohehorst/ STEPS GmbH; Therapiehilfe Bremen GmbH) ihren Rückzug aus der Refinanzierung der „Aufnahmestelle“ an. Als Begründung wurde neben Kostengesichtspunkten (Deckelung der Pflegesätze durch die Rentenversicherung) auf den zunehmend geringeren Nutzen der Aufnahmestelle für die Therapieeinrichtungen verwiesen. Immer weniger Klienten würden über das AMEOS Klinikum Dr. Heines in die Therapieeinrichtungen kommen; stattdessen würden immer mehr therapie-motivierte Klienten die Entgiftung in Entzugskliniken außerhalb Bremens bevorzugen.

Das drohende Ende der Aufnahmestelle bei gleichzeitig fortdauernd langen Wartezeiten auf eine Entgiftungsbehandlung veranlasste im Jahr 2006 den Fachausschuss Sucht<sup>4</sup>, sich mit der Situation der Entgiftungsbehandlung in Bremen zu beschäftigen. Der Fachausschuss verabschiedete im Mai 2006 einmütig eine „Stellungnahme zur Situation des niederschweligen qualifizierten Drogenentzugs in Bremen“, in der auf folgende Missstände hingewiesen wurde:

1. „Die Abarbeitung der Warteliste kann aus Kapazitätsgründen nur unzureichend erfolgen; aktuell umfasst die Warteliste ca. 80 – 120 Drogenpatienten, die bis zu 3 Monate und länger auf eine reguläre Aufnahme warten müssen. Die Planbarkeit weiterführender ambulanter und/oder stationärer Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen ist dadurch erheblich eingeschränkt.
2. Auf Grund langer Wartezeiten erhöht sich die Zahl von Notaufnahmen und Kriseninterventionen durch Komplikationen wie Intoxikationen sowie somatische und psychiatrische Dekompensationen. Dies hat zur Folge, dass es bei vielen dieser Patienten zu Drehtüreffekten und Chronifizierungen kommt, da eine regelhafte niederschwellige qualifizierte Entzugsbehandlung bzw. erforderliche Weiterbehandlung von vornherein erst gar nicht zustande kommt.
3. Die Zahl von 24 stationären Entgiftungsplätzen für vermutlich mehr als 5.000 Drogenpatienten ist auch und gerade im Vergleich zu anderen Städten zu gering (vgl. HH, HL, OS, GÖ u. a.). Dies gilt allein schon für die Aufgabe des niederschweligen qualifizierten Drogenentzugs und erst recht, wenn akutstationäre allgemeinspsychiatrische Aufgaben hinzukommen.
4. Durch die Aufkündigung der Finanzierung für die Zentrale Aufnahmestelle (1 Fachkraft im ambulanten Drogenhilfesystem), über die bislang kompetent und erfolgreich die Anmeldungen zur stationären Entgiftung koordiniert wurden, wird sich die Situation weiter verschärfen.
5. Es fehlen in Bremen Entgiftungsplätze für suchstoffabhängige Kinder und Jugendliche.“

<sup>3</sup> Bremisches Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

<sup>4</sup> Der Fachausschuss Sucht ist ein Ausschuss der Zentralen Arbeitsgruppe zur Versorgung psychisch kranker und suchtkrank Menschen in der Stadtgemeinde Bremen (ZAG)



Als Konsequenz forderte der Fachausschuss unter anderem den Erhalt der Aufnahmestelle, zusätzliche Behandlungsplätze auf den Entgiftungsstationen, eine zusätzliche Station „Psychose und Sucht“ für komorbide Patienten und spezifische Entzugs- und Behandlungsplätze für jüngere Klienten.

Das Gesundheitsressort hielt bestimmte Einschätzungen und Forderungen der Stellungnahme für nicht hinreichend begründet und schlug eine differenzierte Untersuchung der Situation vor.

In den folgenden Monaten wurde unter Federführung der Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (SAFGJS) das Projekt „Verbesserung der Steuerung im Bereich der Entgiftung (Drogen) und Entwicklung von Behandlungs- und Betreuungsalternativen“ auf den Weg gebracht. Neben der finanziellen Absicherung der „Aufnahmestelle“ für die Dauer der Projektlaufzeit (2007/ 2008) durch eine Beteiligung der Krankenkassen an den Refinanzierungskosten bestand die vorrangige Aufgabe des Projekts darin, notwendige quantitative und qualitative Daten zu erfassen und auszuwerten für die fachpolitischen Zielsetzungen:

- Sicherung eines qualitativ und quantitativ bedarfsgerechten Entgiftungsangebots für alle Zielgruppen (Drogen) in Bremen
- Bedarfsgerechte Versorgung von langjährig Drogenabhängigen mit multiplen Beeinträchtigungen (chronisch mehrfach abhängige Patienten, Patienten mit Doppeldiagnose, sogenannte „Drehtür“-Patienten).

An der Projektgruppe sind neben dem Referat Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe der SAFGJS Vertreter zweier Krankenkassen (zuständige Kostenträger), das AMEOS Klinikum Dr. Heines, die Drogenhilfeträger comeback GmbH, Hohehorst gGmbH, Therapiehilfe Bremen gGmbH und das Gesundheitsamt Bremen beteiligt.

Das Gesundheitsamt übernahm die Aufgabe, die im Rahmen des Projekts vereinbarte Patientendokumentation im AMEOS Klinikum Dr. Heines und bei der Aufnahmestelle konzeptionell vorzubereiten, eine Auswertung der Daten vorzunehmen und die Ergebnisse in einem Bericht zusammenzustellen.

## 4. Untersuchungsmethodik

Vorgesehen war zunächst eine 6-monatige parallele Dokumentation aller Patienten des AMEOS Klinikum Dr. Heines und aller Klienten der Aufnahmestelle (2. Halbjahr 2007). Ende 2007 erfolgte die Entscheidung, die Datenerhebung in der Klinik um ein halbes Jahr bis zum 30. Juni 2008 zu verlängern, um die Aussagefähigkeit der Daten zu verbessern.

Mit dem Klinikum Dr. Heines und der Aufnahmestelle wurden jeweils teilstandardisierte Erhebungsbögen abgestimmt, die für jeden betreuten bzw. behandelten Klienten/ Patienten ausgefüllt werden mussten. Das Gesundheitsamt als auswertende Institution erhielt lediglich anonymisierte Erhebungsbogen; durch eine Codierung<sup>5</sup> war allerdings erkennbar, wie viele Klienten sowohl von der Aufnahmestelle als auch der Klinik erfasst wurden und ob ein Klient innerhalb des Erhebungszeitraums mehrfach erfasst wurde.

---

<sup>5</sup> Für die Verschlüsselung wurde der sogenannte HIV-Code verwendet. Verschlüsselt werden Vor- und Nachname, Geburtsjahr und Geschlecht. Der HIV-Code wird bundesweit angewendet und erfüllt die Anforderungen des Datenschutzes.



## 5. Ergebnisse Aufnahmestelle

Über die Aufnahmestelle, die mit einer Vollzeit-Mitarbeiterin (Angestellte in der Tätigkeit einer Sozialarbeiterin) besetzt war, wurden mit einigen Ausnahmen<sup>6</sup> alle frei werdenden Betten der beiden Entgiftungsstationen des AMEOS Klinikum Dr. Heines belegt. Sitz der Aufnahmestelle war zuletzt das Kontakt- und Beratungszentrum des Trägers comeback gmbh im Tivolihochhaus am Hauptbahnhof.

Bei der Aufnahmestelle konnten sich Drogenabhängige selbst für eine Entgiftungsbehandlung anmelden, sie konnten aber auch durch eine Einrichtung oder Institution (Drogenberatungsstelle, Ärzte, etc.) angemeldet werden. In der Regel erfolgte die Aufnahme in der Entgiftungsklinik in der Reihenfolge der Anmeldungen (Warteliste). Vorrangig vermittelt wurden jedoch Klienten mit einer terminierten Anschlussbehandlung (Entwöhnung) nach der Entgiftung und Klienten, bei denen aus anderen Gründen eine besondere Dringlichkeit gegeben war.

Im Erhebungszeitraum vom **1. Juli bis 31. Dezember 2007** erfolgten bei der Aufnahmestelle 334 Anmeldungen zur Entgiftung. Insgesamt übernahm die Aufnahmestelle im Jahr 2007 für 597 Klienten die Koordination der Aufnahme, wobei die Fallzahlen seit 2005 kontinuierlich angestiegen waren (2005: 517; 2006: 554).

28 % der Klienten meldeten sich selbst bei der Aufnahmestelle zur Entgiftung an, 72 % wurden über andere Institutionen angemeldet, am häufigsten durch eine Drogenhilfeeinrichtung (118 Fälle) oder durch einen substituierenden Arzt (76 Fälle). 50 Klienten wohnten nicht in Bremen; überwiegend handelte es sich um Fälle, die durch eine Sucht- oder Drogenberatungsstelle aus dem Bremer Umland betreut und vermittelt wurden.

Für gut der Hälfte der Klienten war es die erste Anmeldung zu einer Entgiftungsbehandlung, 45,5 % waren der Aufnahmestelle bereits von früheren Vermittlungen bekannt. 55,2 % der Klienten wurden zum Zeitpunkt der Entgiftungsvermittlung durch eine Drogenhilfeeinrichtung betreut, knapp die Hälfte (49,8 %) befanden sich in einer ärztlichen Substitutionsbehandlung. Die verbleibenden Gruppen waren überwiegend Selbstmelder, darunter nach Auskunft der Aufnahmestelle viele, die ihre Drogenabhängigkeit gegenüber ihrem Umfeld geheim halten wollten und deshalb auch keine Betreuung durch eine Drogenhilfeeinrichtung wünschten.

*(Daten der Aufnahmestelle sind im Detail auf der nachfolgenden Seite aufgeführt)*

Entgegen der ursprünglichen Planung, erst nach Abschluss des Projekts über die Zukunft der Aufnahmestelle zu entscheiden, zeigte sich bereits Verlauf des Jahres 2008, dass eine neue Refinanzierungsvereinbarung für die „Aufnahmestelle“ nicht zustande kommen würde. Die Tätigkeit der Aufnahmestelle musste deshalb bereits Ende 2008 eingestellt werden. Seit Anfang 2009 liegt die Aufnahmekoordination für die Entgiftungsstationen allein beim AMEOS Klinikum Dr. Heines. Die Klinik hat allerdings angekündigt, das bewährte Konzept der Aufnahmestelle im Wesentlichen fortzuführen.

---

<sup>6</sup> Ausnahmen waren insbesondere Notaufnahmen in akuten Krisensituationen und Verlegungen aus anderen Krankenhäusern.





**Tabelle 1: Die wichtigsten Ergebnisse zur „Aufnahmestelle“ im Überblick**

	gesamt	männlich	weiblich
Gesamtanmeldungen zur Entgiftung (N)	334	77,5 %	22,5 %
Neufälle	54,5 %	51,6 %	65,5 %
Wiederaufnahmen	45,5 %	48,4 %	34,5 %
Durchschnittsalter	33,7 J.	33,9 J.	33,1 J.
<b>vermittelt durch</b>			
Drogenhilfeeinrichtung	36,5 %	37,5 %	33,8 %
Ärzte	23,5 %	21,6 %	29,7 %
Andere	12,0 %	12,0 %	12,2 %
Selbstmeldung	28,0 %	29,2 %	24,3 %
aktuell in Betreuung durch Drogenhilfe	55,2 %	54,2 %	58,1 %
<b>Ethnische Herkunft</b>			
kein Migrationshintergrund, deutsch	77,9 %	75,9 %	84,9 %
Migrationshintergrund russisch/ polnisch	9,8 %	10,3 %	8,2 %
Migrationshintergrund türkisch/ islamisch	9,2 %	10,3 %	5,5 %
Migrationshintergrund andere	3,2 %	3,6 %	1,4 %
<b>aktuelle Hauptdroge</b>			
Heroin	68,9 %	68,1 %	71,6 %
Kokain	14,0 %	15,1 %	10,4 %
Alkohol	8,0 %	6,9 %	11,9 %
Cannabis	4,7 %	5,6 %	1,5 %
andere Suchtmittel	4,3 %	4,3 %	4,5 %
aktuell in Substitutionsbehandlung	49,8 %	46,4 %	61,6 %
<b>Wohnsituation</b>			
eigene Wohnung	62,7 %	60,9 %	68,9 %
bei Eltern/ Angehörigen	11,8 %	12,5 %	9,5 %
Drogennotunterkunft	9,1 %	9,0 %	9,5 %
andere	16,4 %	17,6 %	12,2 %
<b>Lebenssituation</b>			
alleinlebend	77,1 %	82,1 %	59,5 %
mit Partner/in zusammenlebend	17,0 %	14,5 %	25,7 %
mit Kindern im Haushalt	5,9 %	3,2 %	14,9 %
<b>Berufliche Situation</b>			
berufstätig, in Ausbildung oder Schule	7,6 %	8,6 %	4,2 %
arbeitslos, erwerbsfähig (ALG I, SGB II)	72,6 %	72,8 %	71,8 %
arbeitslos, nicht erwerbsfähig (SGB XII)	19,7 %	18,5 %	23,9 %
<b>Behandlungsziel</b>			
Abstinenztherapie <sup>7</sup>	35,8 %	34,3 %	41,1 %
nur Vollentzug <sup>8</sup>	39,3 %	42,7 %	27,4 %
Teilentzug (i.Z. mit Substitutionsbehandlung) <sup>9</sup>	24,9 %	23,0 %	31,5 %
durchschnittliche Wartezeit auf Entgiftungsplatz	25 Tage	25 Tage	24 Tage
in Klinik aufgenommene Klienten (Anzahl)	197	152	45
Vermittlung vorzeitig abgebrochen (Anzahl)	137	106	31

<sup>7</sup> In der Regel stationäre Rehabilitationsmaßnahme (3-10 Monate) unmittelbar nach klinischer Entgiftung

<sup>8</sup> Vollständiger Entzug aller Suchtmittel; der Patient verlässt die Klinik „clean“, jedoch ohne therapeutische Weiterbehandlung

<sup>9</sup> entzogen werden Suchtmittel, die Abhängige zusätzlich zu einer Substitutionsbehandlung konsumieren („Beigebrauch“)



## 6. Ergebnisse AMEOS Klinikum Dr. Heines

### 6.1 Gesamtergebnisse

Im Untersuchungszeitraum vom **1. Juli 2007 bis 30. Juni 2008** (12 Monate) wurden auf den beiden Entgiftungsstationen der Klinik 527 verschiedene Patienten behandelt. 103 Patienten wurden im Untersuchungszeitraum zweimal oder häufiger behandelt, so dass es insgesamt zu 664 Patientenaufnahmen kam. Immerhin 28 Patienten wurden innerhalb eines Jahres 3 oder 4-mal zur Entgiftungsbehandlung aufgenommen.

**Tabelle 2: Daten zur Aufnahmesituation<sup>10</sup>**

	gesamt	männlich	weiblich
Gesamtpatienten (ohne Mehrfachaufnahmen)	527	76,9 %	23,1 %
Neufälle	50,9 %	48,6 %	58,3 %
Wiederaufnahmen	49,1 %	51,4 %	41,7 %
<b>Mehrfachaufnahmen (im Untersuchungszeitraum) ( N=103)</b>			
2 Aufnahmen (Anzahl Patienten)	75 (14,2 %)	59	16
3 Aufnahmen (Anzahl Patienten)	22 (4,2 %)	16	6
4 Aufnahmen (Anzahl Patienten)	6 (1,1 %)	4	2
Bremer Patienten	88,6 %	89,9 %	84,3 %
Auswärtige Patienten	11,4 %	10,1 %	15,7 %
Not-/Akutaaufnahme	33,8 %	35,8 %	27,0 %
Geplante, reguläre Aufnahme	65,5 %	63,2 %	73,0 %
Beschlusspatienten (PsychKG, BGB) (Anzahl)	18	14	4
Behandlungsaufgaben ( <i>i.W. § 35 BtmG, Bewährung</i> ) (Anzahl)	31	27	4
<b>vermittelt durch</b>			
Ohne Vermittlung, selbst	11,4 %	12,7 %	6,9 %
Aufnahmestelle (KBZ)	62,9 %	60,9 %	69,8 %
Substituierenden Arzt (direkt)	1,6 %	1,0 %	3,4 %
Ambulanz Dr. Heines (direkt)	2,8 %	2,6 %	3,4 %
Andere ( <i>i.W. Notaufnahmen, Verlegungen<sup>11</sup></i> )	21,3 %	22,8 %	16,4 %
aktuell in Betreuung durch Drogenhilfe	70,8 %	69,9 %	73,8 %
aktuell in Substitutionsbehandlung	43,9 %	38,3 %	62,5 %
<b>substituiert durch</b>			
Niedergelassenen Arzt	68,0 %	64,7 %	74,7 %
Ergänzende Methadonprogramme (EMP)	9,8 %	8,0 %	13,3 %
Dr. Heines Ambulanz	18,7 %	23,3 %	9,3 %
Andere	3,6 %	4,0 %	2,7 %
<b>Behandlungsziel (bei Aufnahme)</b>			
Abstinenztherapie	22,7 %	21,2 %	27,5 %
nur Vollentzug	25,4 %	21,7 %	37,5 %
Teilentzug ( <i>i.Z. mit Substitutionsbehandlung</i> )	30,5 %	34,3 %	18,3 %
Anderes ( <i>insb. „Krisenintervention<sup>12</sup>“</i> )	21,3 %	22,8 %	16,7 %

<sup>10</sup> Datengrundlage: 527 Patienten (ohne Mehrfachaufnahmen). Bei Patienten mit mehr als einem Klinikaufenthalt im Untersuchungszeitraum wurde jeweils der Datensatz der ersten Aufnahme ausgewertet.

<sup>11</sup> Darunter: 38 Verlegungen aus anderen Kliniken, 30 Aufnahmen über Krisendienst, Polizei, z.T. mit RTW, 24 Verlegungen aus Drogentherapie oder Adaption (Rückfälle)

<sup>12</sup> angegeben wurde hier überwiegend „Krisenintervention“ nach Akutaaufnahme, aber auch 28 Fälle mit Abstinenzziel.



Etwa die Hälfte der aufgenommenen Patienten waren Neufälle; andererseits gaben bei der Frage nach Vorbehandlungen (Tabelle 3) 73,3 % der Patienten an, bereits mindestens eine Entgiftungsbehandlung durchgeführt zu haben. Möglicherweise handelt es sich hier um ein Dokumentationsproblem, oder es wurden frühere Entgiftungen in anderen Kliniken durchgeführt. Die auswärtigen Patienten wurden überwiegend aus Drogen- und Suchtberatungsstellen des Bremer Umlandes vermittelt.

Bei etwa Zweidrittel der Patienten handelte es sich um geplante, reguläre Aufnahmen, ein Drittel wurde auf Grund einer akuten Indikation aufgenommen. Zwei Drittel der regulären Aufnahmen wurden über die „Aufnahmestelle“, also die dort geführte Warteliste aufgenommen.

70 % der Patienten wurden zum Zeitpunkt der Aufnahme durch eine Drogenhilfeeinrichtung betreut, am häufigsten durch die Drogenberatungsstelle Mitte (130 Fälle), danach folgen die Drogenberatungsstelle Nord (52 Fälle) und das Kontakt- und Beratungszentrum Tivoli (48 Fälle).

43,9 % der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Aufnahme in einer Substitutionsbehandlung, wobei 62,5 % der weiblichen Patienten, aber nur 38,3 % der männlichen Patienten substituiert wurden. Etwa Zwei Drittel wurden bei niedergelassenen Ärzten substituiert, ein hoher Anteil der Männer (23,3 %) durch die klinikeigene Ambulanz in der Schillerstr.

**Tabelle 3: Biografische und anamnestische Daten (1)**

	gesamt	männlich	weiblich
Durchschnittsalter	34,9 J.	35,3 J.	33,5 J.
18 – 24 Jahre	11,1 %	9,6 %	16,4 %
25 – 34 Jahre	37,9 %	37,3 %	40,2 %
35 – 44 Jahre	37,2 %	39,5 %	29,5 %
45 Jahre und älter	13,7 %	13,6 %	14,0 %
<b>Ethnische Herkunft</b>			
kein Migrationshintergrund, deutsch	75,4 %	71,7 %	86,8 %
Migrationshintergrund russisch/ polnisch	9,5 %	11,7 %	2,6 %
Migrationshintergrund türkisch/ islamisch	7,3 %	8,0 %	5,3 %
anderer Migrationshintergrund	7,8 %	8,6 %	5,3 %
<b>aktuelle Hauptdroge</b>			
Alkohol	5,6 %	5,2 %	7,0 %
Heroin	23,9 %	24,5 %	21,9 %
Kokain	4,0 %	4,2 %	3,5 %
Cannabis	4,6 %	5,0 %	3,5 %
Politoxikomanie	56,3 %	57,4 %	52,6 %
Andere <sup>13</sup>	5,4 %	3,7 %	11,4 %
<b>Weitere Diagnosen (neben Suchtdiagnose)</b>			
HCV positiv	65,3 %	66,4 %	61,5 %
HIV positiv	8,5 %	7,9 %	10,7 %
Komorbidität	41,4 %	40,2 %	45,1 %
Andere somatische Erkrankungen	35,1 %	35,6 %	33,6 %

Bezieht man die Frage des Behandlungsziels nur auf die regulären, geplanten Aufnahmen, ergibt sich etwa eine Drittelung: Ein Drittel will nach der Entgiftung in eine abstinenten Anschlussbehandlung wechseln, ein Drittel kommt zum „Teilentzug“ im Rahmen einer laufenden oder geplanten Substitutionsbehandlung und ein Drittel plant einen Vollentzug ohne konkrete Anschlussbehandlung.

<sup>13</sup> Methadon/Polamidon/Subutex: 15 Fälle; Benzodiazepine: 10 Fälle; o. Angabe: 2 Fälle



Das Durchschnittsalter aller Patienten (34,9 Jahre) entspricht fast genau dem der Klienten, die in den Bremer Drogenberatungsstellen im Jahr 2007 betreut wurden (Ø 34,7 J. bei 1122 dokumentierten Klienten). Bei der Betrachtung der Altersgruppen zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten. Frauen sind bei den jüngeren und bei den älteren Patienten relativ häufiger vertreten, während die Männer in den mittleren Altersgruppen dominieren.

Größte Gruppe bei den Patienten mit Migrationshintergrund sind zumeist männliche Spätaussiedler aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion, (in der Regel sind dies deutsche Staatsbürger), gefolgt von Migranten aus dem türkisch/islamischen Kulturkreis. Von den Patienten mit einem „anderen“ Migrationshintergrund kamen die meisten aus unterschiedlichen EU-Ländern.

Zählt man die politoxikomanen Patienten (von mehreren Suchtmitteln abhängig) hinzu, war bei etwa 80 % der Patienten Heroin die Hauptdroge. Cannabis spielte als Hauptdroge vor allem bei den 18 – 24 jährigen Männern eine wesentliche Rolle (21,6 % der Fälle), während Alkohol vor allem bei den älteren Patienten ab 45 Jahre das Hauptsuchtmittel war (16,2 %), insbesondere bei den älteren Frauen (26,7 %).

Komorbidität wurde bei gut 40 % aller Patienten diagnostiziert, etwas häufiger bei den Frauen (siehe auch 6.2.1.). Zwei Drittel der Patienten haben eine Hepatitis C-Infektion, HIV-positiv waren 7,9 % der männlichen und 10,7 % der weiblichen Patienten, wobei auffällt, dass die Anteile bei den ältesten Patienten über 45 Jahre niedriger waren als in den mittleren Jahrgängen. Ein positives Einzelergebnis: Bei den jüngeren Männern (18-24 Jahre) gab es keinen Fall mit einer HIV-Infektion.

**Tabelle 4: Biografische und anamnestische Daten (2)**

	gesamt	männlich	weiblich
<b>Wohnsituation</b>			
eigene Wohnung	61,2 %	57,5 %	73,7 %
bei Eltern/ Angehörigen	10,4 %	10,8 %	9,3 %
Drogennotunterkunft	10,8 %	12,5 %	5,1 %
andere (u.a. o. f. Wohnsitz oder in Einrichtung)	17,6 %	19,3 %	11,9 %
<b>Lebenssituation</b>			
alleinlebend	78,5 %	82,7 %	64,4 %
mit Partner/in zusammenlebend	17,0 %	13,9 %	28,0 %
mit Kindern im Haushalt	4,4 %	3,5 %	7,6 %
<b>Berufliche Situation</b>			
berufstätig, in Ausbildung oder Schule	7,4 %	8,4 %	4,3 %
arbeitslos, erwerbsfähig (ALG I, SGB II)	84,6 %	84,1 %	86,3 %
arbeitslos, nicht erwerbsfähig (SGB XII)	8,0 %	7,6 %	9,4 %

Bei der Wohn- und Lebenssituation fallen einige geschlechtsspezifische Unterschiede ins Auge: die weiblichen Patienten leben häufiger in einer eigenen Wohnung und mit einem Partner zusammen, während Männer häufiger alleinstehend sind und relativ häufiger in einem Wohnprojekt der Drogenhilfe leben.

Weniger als 10 % der Patienten waren berufstätig oder befanden sich in einer Schul- oder Berufsausbildung. Einen deutlich höheren Wert gab es nur bei den männlichen Patienten unter 25 Jahre (24,3 %). Zwar waren nur wenige Patienten aktuell erwerbstätig oder in Ausbildung, immerhin 85 % der Patienten bezogen aber entweder Arbeitslosengeld oder SGB II-Leistungen und waren somit als grundsätzlich erwerbsfähig eingestuft.



**Tabelle 5: Vorbehandlungen**

	gesamt	männlich	weiblich
keine	26,6 %	26,2 %	27,9 %
1 oder 2 Entgiftungen	23,7 %	24,0 %	22,9 %
3 bis 6 Entgiftungen	33,6 %	33,6 %	33,6 %
mehr als 6 Entgiftungen	16,1 %	16,3 %	15,6 %
durchschnittliche Zahl früherer Entgiftungen	5,4	5,4	5,5
<b>Vorbehandlung stationäre Entwöhnung</b>			
keine	52,9 %	52,3 %	54,9 %
1 Entwöhnung	26,2 %	26,2 %	26,2 %
2 oder mehr Entwöhnungen	20,9 %	21,5 %	18,9 %

Etwa ein Viertel aller Patienten unterzog sich zum ersten Mal einer Entgiftungsbehandlung. Immerhin 16 Prozent der Patienten (N=85) hatten bereits mehr als 6 Entgiftungsbehandlungen hinter sich; der Durchschnittswert liegt bei Männern und Frauen zwischen 5 und 6 Entgiftungsbehandlungen).

Deutlich geringer ist die Therapieerfahrung der Patienten. Mehr als die Hälfte der männlichen und weiblichen Entgiftungspatienten waren noch nie in einer Entwöhnungsbehandlung.

**Tabelle 6: Behandlung und Behandlungsabschluss**

	gesamt	männlich	weiblich
Behandlung regulär abgeschlossen	62,8 %	63,7 %	58,2 %
Behandlungsabbruch durch Patienten	30,6 %	28,6 %	36,9 %
vorzeitige disziplinarische Entlassung	6,5 %	6,9 %	4,9 %
durchschnittliche Behandlungsdauer (regulärer Abschluss)	13,6 Tage	13,3 Tage	14,9 Tage
Behandlungsdauer 1 – 7 Tage	25,5 %	26,0 %	23,9 %
Behandlungsdauer 8 – 14 Tage	30,1 %	31,0 %	26,8 %
Behandlungsdauer 15 – 21 Tage	31,6 %	30,6 %	35,2 %
Behandlungsdauer mehr als 21 Tage	12,8 %	12,4 %	14,1 %
Durchschnittl. Behandlungsdauer (Abbruch/Entlassung)	8,5 Tage	8,4 Tage	8,6 Tage
Behandlungsabbruch/-Entlassung (bis 3 Tage)	24,5 %	25,5 %	21,6 %
Behandlungsabbruch/-Entlassung (4 - 10 Tage)	43,4 %	42,7 %	45,1 %
Behandlungsabbruch/-Entlassung (ab 11. Tag)	32,1 %	31,7 %	33,3 %
<b>Aufenthalt nach Entlassung</b>			
eigene Wohnung	44,6 %	40,9 %	56,9 %
Wohnprojekte der Drogenhilfe	14,3 %	16,4 %	7,8 %
stationäre Drogentherapieeinrichtung	13,3 %	13,2 %	13,8 %
Verlegung in andere Klinik	4,8 %	4,0 %	7,8 %
unbekannt	22,8 %	25,6 %	13,8 %

Knapp zwei Drittel der Patienten beendeten ihre Entgiftungsbehandlung regulär, wobei die Erfolgsquote bei männlichen Patienten etwas höher war; dafür hatten die männlichen Patienten einen größeren Anteil an den disziplinarischen Entlassungen.

Bei der Behandlungsdauer zeigen sich nur wenige Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten.

Gut die Hälfte der Patienten, die mit dem Behandlungsziel Abstinenztherapie aufgenommen wurden (22,7 %), wurden auch in eine Therapieeinrichtung entlassen (13,3 %). Eine Abstinenzperspektive haben auch die Patienten (etwa 5 %), die in ein cleanes Wohnprojekt wechselten (clean-WG, Adaptionseinrichtung). „Unbekannt“ war der Aufenthalt im Wesentlichen bei Patienten, die die Entgiftungsbehandlung nach kurzer Zeit abbrachen.



## 6.2 Ergebnisse für ausgewählte Teilgruppen

### 6.2.1. Komorbide Patienten (N=218)

Bei 41,4 % der behandelten Drogenabhängigen wurden neben der Suchterkrankung eine oder mehrere weitere psychische Störungen diagnostiziert (Komorbidität).

In der Fachdiskussion über Komorbidität bei Suchterkranken trifft man auf unterschiedliche Definitionen von Komorbidität. Während einige Autoren bei Suchtkranken nur bei Vorliegen einer schizophrenen Störung (ICD-10 F20.x) von Komorbidität sprechen (bezogen auf die vorliegende Untersuchung wären dies 34 Fälle oder 7 %), scheint sich mehrheitlich eine weiter gefasste Definition von Komorbidität bei Suchtkranken durchzusetzen, die alle Formen zusätzlicher psychischer und Verhaltensstörungen einbezieht. Nach dieser Definition gelten 70 – 90 % der Drogenabhängigen als komorbid. Der niedrigere Anteil in dieser Untersuchung ergibt sich dadurch, dass seitens der Klinik lediglich Fälle einer *aktuell behandlungsbedürftigen* Komorbidität dokumentiert wurden.

Rein statistisch zeigt die Sonderauswertung der komorbiden Patienten nur wenige größere Abweichungen von der gesamten Patientengruppe. Relativ häufiger wurde Komorbidität sowohl bei jüngeren Patienten (18-29 Jahre) und bei Älteren (ab 40 Jahre) diagnostiziert, wobei in der älteren Gruppe überdurchschnittlich oft weibliche Patienten betroffen sind.

Komorbide Männer wurden deutlich häufiger als Akut- bzw. Notaufnahme aufgenommen (49,1% der Aufnahmen) und befanden sich seltener in Substitutionsbehandlung (33,1% gegenüber 38,3 % bei allen Fällen).

Bei den konsumierten Drogen sind die Anteile von Alkohol, Kokain und Cannabis, bei Frauen auch von Heroin, z.T. deutlich höher, während umgekehrt politoxikomaner Konsum in dieser Patientengruppe relativ seltener auftrat. Gegenläufige Trends zeigten sich bei den Behandlungszeiten: Während sie bei komorbiden Männern kürzer sind als im Durchschnitt, weisen die komorbiden Frauen überdurchschnittlich lange Behandlungszeiten auf.

Im Folgenden sind die im Zusammenhang mit Komorbidität häufigsten Diagnosen aufgeführt (Diagnosen mit mindestens 10 Nennungen):

#### **F1: psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (N=136)**

- 13 Diagnosen: psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, unspezifisch (F10)
- 10 Diagnosen: psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädli. Gebr. (F.10.1)
- 25 Diagnosen: psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeit (F10.2)
- 19 Diagnosen: psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeit (F17.2)
- 23 Diagnosen: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, Abhängigkeit (F19.2)
- 14 Diagnosen: Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, psychotische Störung (F19.5)

#### **F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (N=34)**

- 24 Diagnosen: paranoide Schizophrenie

#### **F3: affektive Störungen (N=50)**

- 10 Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (F33.1)
- 22 Diagnosen: rezidivierende depressive Störung, schwere Episode (F33.2)

#### **F4: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (N=37)**

- 19 Diagnosen: posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)

#### **F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (N= 35)**

- 20 Diagnosen: emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F60.31)

#### **F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (N=16)**

- 14 Diagnosen: Hyperkinetische Störung, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (F90.0)



### 6.2.2. Auswertung nach Altersgruppen

Bei der separaten Auswertung der 4 Altersgruppen: 18-24 J., 25-34 J., 35-44 J. und 45 J. oder älter ergaben sich eine Reihe auffälliger Ergebnisse.

So bestätigte sich nur teilweise die Vermutung, dass in der jüngsten Altersgruppe die Neufälle ohne Entgiftungs- oder Therapieerfahrung überwiegen würden und diese Anteile mit zunehmendem Alter kontinuierlich abnehmen. Bei den weiblichen Patienten veränderte sich der Anteil der Neuaufnahmen mit zunehmendem Alter kaum und erreichte bei den über 44-jährigen Frauen sogar seinen höchsten Wert (70,6 % Neufälle). Das gleiche Bild ergab sich bezüglich früherer Entgiftungsbehandlungen. Für 35,3 % der über 44-jährigen Frauen war es die erste Entgiftungsbehandlung (auch dies der Höchstwert). Bei den männlichen Patienten stieg zwar mit zunehmendem Alter die Entgiftungs- und Therapieerfahrung kontinuierlich an, auch bei den älteren männlichen Patienten gibt es aber beträchtliche Anteile ohne Entgiftungs- und Therapieerfahrung.

Patienten mit russisch/ polnischen Migrationshintergrund sind fast ausschließlich in den beiden jüngeren Altersgruppen zu finden, während sich bei Migranten aus dem türkisch/islamischen Kulturbereich kaum altersspezifische Auffälligkeiten zeigten.

Cannabis war erwartungsgemäß vor allem bei männlichen Patienten unter 25 Jahre Hauptdroge (21,6 %), während Alkohol als Hauptdroge überwiegend in der ältesten Patientengruppe diagnostiziert wurde (Männer: 13,2 %, Frauen 26,7 %). Überhaupt keine Rolle spielten Kokain bei männlichen Patienten unter 25 Jahren und Cannabis bei männlichen Patienten über 44 Jahren.

Der deutlich höhere Anteil substituierter Frauen zieht sich durch alle Altersgruppen, wobei auch von den unter 25-jährigen Patientinnen bereits 58 % substituiert wurden, gegenüber nur 23 % der männlichen Patienten dieser Altersgruppe.

Unter den jüngsten Patienten gibt es auch die deutlich höchsten Anteile mit dem Behandlungsziel Drogentherapie (38,6 %). Während aber zwei Drittel der jungen Männer nach der Entgiftung auch eine Drogentherapie antreten, verlieren die meisten jungen Frauen ihr Ziel offenbar während der Entgiftung aus den Augen: 42 % der Frauen dieser Altersgruppe haben am Behandlungsbeginn das Ziel Drogentherapie, am Behandlungsende treten aber nur 12 % tatsächlich eine Therapie an.

### 6.2.3. Auswertung nach Behandlungsziel

Bei der Frage „Behandlungsziel bei Aufnahme des Patienten“ ergaben sich 4 Gruppen mit ähnlicher Häufigkeit: Drogentherapie (N=109), Teilentzug im Zusammenhang mit einer Substitutionsbehandlung (N=130), Vollentzug ohne konkrete Anschlussplanung (N=156) und Anderes (N=109). Bei „andere Behandlungsziele“ wurden überwiegend Kriseninterventionen nach Akutaufnahmen genannt, allerdings auch 26 Fälle mit clean-Perspektive (Clean-WG, Adaption).

Die Patienten mit den Behandlungszielen Therapie, Teilentzug und Vollentzug kamen in der Regel über eine reguläre, geplante Aufnahme in die Entgiftungsklinik. Fast alle auswärtigen Klienten, die im Klinikum Dr. Heines entgiftet wurden (N=59) hatten als Behandlungsziel eine anschließende stationäre Drogentherapie in einer der Bremer Therapieeinrichtungen. Die Vermittlung erfolgte überwiegend durch Suchtberatungsstellen aus dem Bremer Umland<sup>14</sup>.

<sup>14</sup> Eine Abfrage bei den Bremer Drogenberatungsstellen ergab, dass diese im Untersuchungszeitraum in einer ähnlichen Größenordnung Klienten auf deren Wunsch in Entgiftungskliniken außerhalb Bremens vermittelt haben.



Neben dem hohen Anteil Auswärtiger waren die beiden auffälligsten Merkmale der „Therapiegruppe“ das vergleichsweise niedrige Durchschnittsalter (31,9 Jahre) und der hohe Anteil von Patienten, die vor der Entgiftung durch eine Drogenhilfeeinrichtung betreut wurden (95 %). Allerdings ist bei Klienten, die direkt von der Entgiftung in eine Drogentherapie wechseln wollen, eine vorherige Betreuung durch eine Drogenberatungsstelle u.a. zur Regelung der Kostenübernahme für die Therapie ohnehin erforderlich.

Auch von den Patienten der beiden anderen Teilgruppen wurde die Mehrheit vor Aufnahme durch eine Drogenhilfeeinrichtung betreut (Teilentzug: 80 %, Vollentzug: 62 %).

In der Teilentzug-Gruppe finden sich überwiegend ältere Patienten (Durchschnittsalter 36,7 Jahre) mit auffällig erhöhten gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Infektionskrankheiten und andere somatische Erkrankungen) und mit einer hohen Zahl früherer Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen.

Das umgekehrte Bild ergibt sich für die Vollentzug-Gruppe: Für fast ein Drittel dieser Gruppe war es die erste Entgiftungsbehandlung, und 58 % dieser Gruppe waren noch nie in einer Drogentherapieeinrichtung. Deutliche Abweichungen vom Durchschnitt ergaben sich noch bei zwei anderen Merkmalen: Immerhin fast 15 % der Patienten dieser Gruppe waren erwerbstätig oder befanden sich in Schule oder Ausbildung und der Anteil substituierter Patienten lag mit 18 % erheblich unter dem Durchschnitt aller Patienten.

#### **6.2.4. Auswertung der Patienten mit bzw. ohne Substitutionsbehandlung**

Parallelen zur Auswertung nach dem Kriterium „Behandlungsziel“ zeigen sich bei einer Gegenüberstellung der Patienten mit und ohne aktuelle Substitutionsbehandlung.

Die Gruppe der Nichtsubstituierten korrespondiert bezüglich vieler Merkmale mit der oben genannten „Vollentzug-Gruppe“: Für überdurchschnittlich viele war es die erste Entgiftungsbehandlung (31,6 %), sie wurden seltener durch die Drogenhilfe betreut (61 % gegenüber 81 % bei den Substituierten) und überdurchschnittlich viele brachen die Entgiftungsbehandlung vorzeitig ab. Ein auffälliges Einzelergebnis: Patienten mit russischem Migrationshintergrund werden deutlich häufiger substituiert als Migranten aus dem türkisch/islamischen Kulturbereich.

Bei den Infektionskrankheiten HCV und HIV sind die Prävalenzen bei den Nichtsubstituierten deutlich niedriger, während wiederum der Anteil der Komorbiden höher ist (44,3 % gegenüber 37,9 % bei den Substituierten).

Bei anderen Merkmalen sind die Unterschiede zwischen Substituierten und Nichtsubstituierten weniger deutlich. So liegt das Durchschnittsalter der Nichtsubstituierten (34,3 Jahre) nur relativ geringfügig unter dem der Substituierten (35,7 %), und unter den älteren Patienten ist der Anteil der Nichtsubstituierten überraschend hoch (28 % älter als 40 Jahre).

#### **6.2.5. Auswertung „Drehtür-Patienten“**

Nach einer im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung vorgenommenen Auswertung einer der großen Bremer Krankenkassen kam es im Zeitraum von 2003 bis zum 1.Quartal 2008 bei 860 versicherten drogenabhängigen Patienten zu insgesamt 2.336 stationären Aufenthalten in Entgiftungsklinken, davon gut die Hälfte in der Klinik Dr. Heines. Die übrigen Aufnahmen verteilten sich auf das Klinikum Bremen Ost (170 Fälle), das Klinikum Bremen Nord (36 Fälle) sowie andere Entgiftungskliniken im norddeutschen Raum.





Während im Durchschnitt im Untersuchungszeitraum von 5 Jahren auf einen versicherten Patienten 2,7 Entgiftungsbehandlungen kamen, verursachten 54 Patienten (6,3 % aller Patienten) 603 Behandlungsfälle (25,8 % aller Behandlungen). Im Durchschnitt kam diese Patientengruppe auf 11,1 Entgiftungen im Untersuchungszeitraum.

Da der Erfassungszeitraum für frühere Entgiftungsbehandlungen bei der Dokumentation der Behandlungsfälle im Klinikum Dr. Heines im Unterschied zur Krankenkassen-Auswertung nicht begrenzt war, liegen die absoluten Zahlen in der vorliegenden Untersuchung noch deutlich über den Ergebnissen aus der Krankenversicherung: der Durchschnittswert aller Patienten lag bei 5,4 früheren Entgiftungsbehandlungen. Eine Auswertung der Patienten mit besonders häufigen Entgiftungsbehandlungen ergab allerdings fast das gleiche Verhältnis wie bei der Kassen-Auswertung: 37 Patienten (7,0 % aller Patienten) hatten 785 Behandlungsfälle (27,9 % aller Behandlungen). Im Durchschnitt hatten die Patienten dieser kleinen Gruppe bereits 21,2 Entgiftungsbehandlungen.<sup>15</sup>

24 der von der Krankenkasse ermittelten 54 „Drehtür“-Patienten befanden sich auch unter den Patienten, die vom Klinikum Dr. Heines im einjährigen Untersuchungszeitraum dokumentiert wurden<sup>16</sup>, so dass für diese Patienten differenzierte Daten ausgewertet werden konnten.

Der Altersdurchschnitt der 18 männlichen Patienten dieser Gruppe lag bei knapp 40 Jahren, mehr als drei Viertel waren als politoxikoman eingestuft und die gesundheitliche Situation war deutlich schlechter (HCV: 89 %; HIV: 17 %) als im Patientendurchschnitt. Etwa die Hälfte lebte in einer Drogennotunterkunft oder hatte keinen festen Wohnsitz. Erstaunlicherweise wurden weniger als die Hälfte der männlichen Patienten substituiert, überdurchschnittlich oft durch die Klinikambulanz in der Schillerstraße.

Auch die 6 weiblichen Patienten zeigten einen ähnlich schlechten gesundheitlichen Zustand, waren allerdings deutlich jünger (Ø 32 Jahre). 5 von 6 wurden substituiert. Für männliche und weibliche Patienten gilt, dass der Anteil komorbider Patienten dem Durchschnitt aller Patienten entspricht. 21 der 24 Patienten wurden aktuell durch eine Drogenhilfeeinrichtung betreut.

---

<sup>15</sup> Da frühere Entgiftungsbehandlungen zum Teil viele Jahre zurückliegen und teilweise in anderen Kliniken durchgeführt wurden, beruhen die entsprechenden Zahlen auf z.T. geschätzten Angaben der Patienten. Insgesamt geben sie aber wahrscheinlich ein realistisches Bild wieder.

<sup>16</sup> Durch eine von den Krankenkassen vorgenommene Codierung (HIV-Code) der 54 Fälle war ein anonymisierter Abgleich mit dem Aneos Klinikum Dr. Heines-Untersuchungsgruppe möglich.



## 7. Bewertung/ Empfehlungen:

Durch die im Rahmen des Bremer Entgiftungsprojekts durchgeführten Erhebungen der „Aufnahmestelle“ und des AMEOS Klinikum Dr. Heines stehen erstmals für diesen Teil des Versorgungssystems differenzierte Patientendaten zur Verfügung.

Bei der Bewertung der Daten besteht das grundsätzliche Problem, dass geeignete Vergleichsdaten (z.B. aus anderen Entgiftungskliniken) fehlen bzw. nicht bekannt sind. Da es sich um eine Erst- bzw. einmalige Erhebung handelt, können aus der Untersuchung auch keine Entwicklungen bzw. Trends abgeleitet werden.

Trotz dieser Einschränkungen hat die Untersuchung zu den im Vorfeld formulierten Fragestellungen eine Vielzahl interessanter Ergebnisse hervorgebracht.

### **Nutzen und Zukunft der zentralen Aufnahmekoordination**

Da sich bereits vor Abschluss der Datenauswertung abzeichnete, dass vornehmlich aus Kostengründen eine Fortsetzung der Refinanzierungsvereinbarung für die Aufnahmestelle nicht zustande kommen würde, musste diese Ende 2008 ihre Tätigkeit einstellen.

Seit Beginn des Jahres 2009 führt das AMEOS Klinikum Dr. Heines die Aufnahmekoordination für die Entgiftungsstationen mit einer eigenen Mitarbeiterin in den Räumen der Klinikambulanz Schillerstraße durch. Die Klinik hat angekündigt, das bewährte Konzept der Aufnahmestelle im Grundsatz fortzusetzen und weiterzuentwickeln. Als Neuerung wurde zusätzlich zur Möglichkeit der persönlichen und telefonischen Kontaktaufnahme eine internetbasierte Warteliste zwischen der Aufnahmekoordination in der Schillerstraße und den Entgiftungsstationen installiert, mit deren Hilfe wartende Klienten noch schneller auf frei gewordene Entgiftungsplätze vermittelt werden sollen. Mit dem Träger comeback gmbh, in dessen Kontakt- und Beratungszentrum die Aufnahmestelle bis Ende 2008 untergebracht war, laufen derzeit Gespräche über eine Nutzung der bisherigen Räumlichkeiten, um einen direkteren Kontakt mit der Klientel zu ermöglichen.

Wenngleich eine verlässliche Bewertung der neuen Struktur noch nicht möglich ist, kann doch festgestellt werden, dass das AMEOS Klinikum Dr. Heines eine weitgehend reibungslose und tragfähige Fortführung der Aufnahmekoordination sichergestellt hat und durch das Anknüpfen an das bewährte Konzept wesentliche qualitative Verluste derzeit nicht zu erwarten sind.

Ein generelles, allerdings auch schon in der alten Struktur bestehendes Problem bleibt. Von einer *zentralen* Aufnahmekoordination für alle Bremer Klienten kann nur eingeschränkt gesprochen werden, weil eine nicht unerhebliche Zahl Bremer Drogenabhängiger Entgiftungskliniken außerhalb Bremens in Anspruch nimmt. Die Vermittlung erfolgt in diesen Fällen nicht über eine zentrale Aufnahmekoordination, sondern entweder über Drogenhilfeeinrichtungen oder die Klienten selbst.

Genauere Zahlen zu den externen Entgiftungen gibt es nicht; Die Erhebungen der Krankenkassen und Angaben der Drogenberatungsstellen lassen jedoch vermuten, dass es sich um eine Größenordnung von 100-150 Entgiftungsbehandlungen im Jahr handelt.

Ein Teil der Vermittlungen in auswärtige Entgiftungskliniken ist fachlich begründet. So macht es Sinn, bei einer geplanten auswärtigen Entwöhnungsbehandlung möglichst in der Nähe dieser Einrichtung zu entgiften. Aus diesem Grund erfolgen umgekehrt auch im Klinikum Dr. Heines Entgiftungsbehandlungen von auswärtigen Patienten (s. 6.2.3.). Andere Vermittlungen nach außerhalb erfolgen auf Grund eines speziellen, in Bremen nicht verfügbaren Behandlungssettings für bestimmte Zielgruppen (z.B. für Cannabisabhängige oder drogenabhängige Schwangere/ Mütter)



Ein durch die Untersuchung nicht genau quantifizierbarer Teil entscheidet sich aber auch auf Grund kürzerer Wartezeiten oder wegen eines vermuteten „angenehmeren“ Behandlungssettings<sup>17</sup> für eine auswärtige Entgiftung.

Es ist wahrscheinlich, dass ein verändertes, differenzierteres Behandlungssetting im Klinikum Dr. Heines eine stärkere Inanspruchnahme dieser Klinik zur Folge hätte. Eine vollständige Umsteuerung aller Bremer Patienten in die AMEOS Klinik Dr. Heines erscheint aus den oben genannten Gründen weder sinnvoll noch realistisch.

### **Versorgung komorbider Patienten**

Der in der Untersuchung ermittelte Anteil von 41,4 % behandlungsbedürftig komorbider Patienten entspricht einer Größenordnung, die nach den Ergebnissen anderer Untersuchungen und Einschätzungen in der Fachliteratur erwartet werden konnte.

Ein eindeutiges Patientenprofil hat sich auch bei der differenzierten Auswertung der Patientendaten nicht ergeben. So tritt Komorbidität sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Patienten auf, auch Frauen und Männer sind in ähnlicher Weise betroffen.

Die gegenwärtige gemeinsame stationäre Behandlung von Drogenabhängigen mit akuten psychiatrischen Störungen und von anderen Drogenabhängigen auf den Entgiftungsstationen stellt aus fachlicher Sicht bestenfalls eine Notlösung dar.

Einerseits beeinträchtigen akut psychiatrische Patienten auf einer gemeinsamen Station den Behandlungserfolg anderer Patienten, andererseits erfordert die qualifizierte Behandlung komorbider Drogenabhängiger nach übereinstimmender Einschätzung der Klinik und anderer Fachleute der Bremer Drogenhilfe<sup>18</sup> ein eigenständiges stationäres Behandlungssetting, das insbesondere auch eine längerfristige stationäre Behandlung ermöglicht.

Ein entsprechendes Konzept der Klinik liegt der Projektgruppe inzwischen vor.

### **Versorgung von „Drehtür“-Patienten**

Sowohl die vorliegende Untersuchung als auch die ergänzende Erhebung der Krankenkassen belegen, dass es eine relativ kleine Patientengruppe gibt, die eine deutlich überdurchschnittliche Zahl von Behandlungsfällen verursacht. Unter fachlichen, aber auch unter Kostengesichtspunkten erscheint es deshalb naheliegend, nach Strategien und Ansatzpunkten zu suchen, diesen Patienten aus der „Drehtür“ zwischen Entgiftungsklinik und Drogenszene herauszuhelfen.

Nach den Untersuchungsergebnissen kann ein großer Teil dieser Patienten der Gruppe der chronisch mehrfach Abhängigen (CMA) zugerechnet werden. Über die Versorgung dieser – wahrscheinlich in der Zukunft noch anwachsenden - Gruppe gibt es bereits seit einigen Jahren in Bremen einen fachlichen Diskurs, der sich überwiegend mit der Frage geeigneter, längerfristiger Wohnformen beschäftigt. Nachdem in der Vergangenheit zunehmend Bremer CMA-Patienten mit gutem Erfolg in sozialtherapeutische Wohnprojekte in Schleswig-Holstein vermittelt werden konnten, wird auch in Bremen die Schaffung entsprechender Wohnformen für diese Zielgruppe angedacht.

Als weitere Maßnahme wäre auch eine intensiviertere Fallkoordination an der Schnittstelle zwischen Klinik und ambulanter Drogenhilfe notwendig, z.B. in Form regelmäßiger gemeinsamer Fallbesprechungen bei Patienten, die mit gehäuften Klinikaufenthalten ohne erfolgversprechende Anschlussperspektive auffallen.

<sup>17</sup> Das Klinikum Dr. Heines gilt als vergleichsweise „streng“, z.B. bzgl. der Einhaltung von Stationsregeln.

<sup>18</sup> s. Stellungnahme Fachausschuss Sucht vom



## **Versorgung ausstiegs- bzw. abstinenzorientierter Patienten**

Die Frage, wie viele der Klienten nach Abschluss der Entgiftungsbehandlung längerfristig oder dauerhaft abstinent bleiben, kann die vorliegende Untersuchung nicht beantworten.

Die besten Aussichten auf einen nachhaltigen Behandlungserfolg haben jene 15 bis 20 % der Patienten, die im direkten Anschluss an den Klinikaufenthalt in eine abstinenzstützende Anschlussmaßnahme wechseln (Entwöhnungsbehandlung oder cleanes betreutes Wohnprojekt).

Deutlich skeptischer müssen die Aussichten derjenigen Klienten beurteilt werden, die zwar einen Vollentzug regulär abgeschlossen haben, danach aber ohne weitere abstinenzunterstützenden Maßnahmen zumeist in die eigene Wohnung entlassen werden (N=81). Erfahrungsgemäß wird ein großer Teil dieser Klienten früher oder später rückfällig.

Insgesamt sprechen die Untersuchungsergebnisse dafür, der traditionellen Kernaufgabe der Entgiftungsbehandlung, nämlich der Erlangung einer (möglichst dauerhaften) Abstinenz wieder eine größere Bedeutung zuzumessen, ohne dabei allerdings das Konzept des niedrigschwelligen Zugangs zur Entgiftungsbehandlung aufzugeben oder in Frage zu stellen.

Denkbare Maßnahmen wären eine verbesserte Behandlungsvorbereitung durch die Drogenberatungsstellen, ein motivationsfördernderes Behandlungssetting in der Klinik durch eine separate „Motivations“station, die Ermöglichung eines kurzfristigen, unbürokratischen Übergangs in eine stationäre Drogentherapie und ein cleanes Übergangswohnangebot, um eine erreichte Abstinenz zumindest vorläufig zu sichern.

Außer die Tatsache, dass mehr als die Hälfte aller erfassten Entgiftungspatienten noch nie in einer Drogentherapie gewesen sind, zeigt, dass eine verstärkte „Ausstiegsorientierung“ eine lohnende Aufgabe sein kann und muss.

## **Versorgung junger Drogenabhängiger**

Grundsätzlich verfügen junge Drogenabhängige auf Grund ihrer noch kurzen „Drogenkarriere“ über vergleichsweise günstige Voraussetzungen für einen nachhaltigen Behandlungserfolg. Dazu passt, dass die Untersuchung für diese Gruppe den mit Abstand höchsten Anteil mit dem Behandlungsziel: Drogentherapie ausweist.

Während jedoch die Mehrheit der jungen Männer tatsächlich aus der Entgiftungsbehandlung nahtlos in eine Drogentherapie wechselten, verloren 3 von 4 jungen Frauen während der Entgiftungsbehandlung ihr ursprüngliches Behandlungsziel aus den Augen. Über mögliche Ursachen könnte hier nur spekuliert werden. Generell kann allerdings eine gemeinsame Entgiftung von jungen Abhängigen mit älteren, chronifizierten Drogenabhängigen die Abstinenzmotivation der Jüngeren gefährden.

Naheliegende Konsequenz wäre ein frauenspezifisches Entgiftungsangebot, das aber angesichts der relativ geringen Fallzahl und der häufig geringen Akzeptanz solcher Angebote durch die Frauen selbst schwer realisierbar sein dürfte.

Die Versorgung minderjähriger und junger erwachsener Drogenabhängiger soll in Bremen durch ein integriertes Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungskonzept qualifiziert werden, dass gegenwärtig von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Kooperation mit dem Gesundheitsamt entwickelt wird. In diesem Kontext ist auch zu klären, ob und wenn ja bis zu welchem Alter zukünftig eine Entgiftungsbehandlung durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten werden kann.

Unabhängig davon würden von einer separaten Motivationsstation in der Klinik Dr. Heines insbesondere auch junge Drogenabhängige profitieren.



## 8. Schlussbemerkung

Die vorliegende Untersuchung bietet die Chance, ein in der Fachdiskussion über die Versorgung Drogenabhängiger vernachlässigtes Segment des Hilfesystems fundierter zu betrachten und qualifiziert weiterzuentwickeln.

Eine wesentliche strukturelle Ursache für die Vernachlässigung der Entgiftungsbehandlung dürften die selektiven Zuständigkeiten der Kostenträger sein (Kommune, Krankenkassen, Rentenversicherung), die eine ganzheitliche Betrachtung des Versorgungssystems erschweren bzw. behindern. Die Untersuchungsergebnisse machen deutlich, dass eine einseitige Qualitätsentwicklung des Bereichs „klinische Entgiftungsbehandlung“ ohne Berücksichtigung des „davor“ und „danach“ nur sehr eingeschränkt sinnvoll und effektiv sein kann.

Durch die Beteiligung der für den Kontext Entgiftung maßgeblichen Kostenträger (Krankenkassen und Kommune) an der „Projektgruppe Entgiftung“, in deren Auftrag die vorliegende Untersuchung entstanden ist, ist gewährleistet, dass die Untersuchungsergebnisse im Zusammenhang gesehen und bewertet werden.

Die durch die vorliegende Untersuchung bereitgestellte Datengrundlage und die daraus ableitbaren Hinweise auf Schwachstellen und Entwicklungsbedarfe lassen es sinnvoll und wünschenswert erscheinen, das kooperative „Entgiftungsprojekt“ fortzusetzen mit dem Ziel, die aufgezeigten Problemfelder weiter zu analysieren und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur einzuleiten.

Wichtigste Maßnahme für die Entgiftungsklinik selbst wäre die mit einer angemessenen Kapazitätsausweitung verbundene konzeptionelle Differenzierung der Entgiftungsstationen, wobei sich nach den Ergebnissen der Untersuchung ein 3-Stationen-Modell (Motivationsstation, Doppeldiagnosestation, (Akut-)Aufnahmestation) anbietet.